

2020年11月16日

第3396号

週刊(毎週月曜日発行)
購読料1部100円(税込)1年5000円(送料、税込)
発行=株式会社医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp
JCOPY 出版者著作権管理機構 委託出版物

New Medical World Weekly

週刊 医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [座談会]回復期リハビリテーション病棟のこれまでとこれから(角田亘,三橋尚志,原島宏明)/[視点]筋萎縮ゼロプロジェクトで重症患者の社会復帰を支援(中西信人)
[FAQ]医師と臨床検査技師とが協力して行う臨床研究(菊地良介)
[連載]こころが動く医療コミュニケーション(新)(中島俊)
MEDICAL LIBRARY

回復期リハビリテーション病棟のこれまでとこれから



角田 亘氏=司会

国際医療福祉大学医学部
リハビリテーション医学教室 主任教授

原島 宏明氏

総合東京病院
リハビリテーション科 科長

三橋 尚志氏

京都大原記念病院 副院長/
回復期リハビリテーション病棟協会 会長

従来の訓練室中心のリハビリテーションではなく、病棟を中心に据えた多職種でのリハビリテーションに取り組む目的で制度化された回復期リハビリテーション病棟(Convalescent Rehabilitation Ward: CRW)。近年、病床機能の分化や再編、高齢化の影響等を受けてケアの在り方が多様化する中、まさにチーム医療を体現するCRWの存在にますます注目が集まる。

2000年の制度化から20年が経過した今、CRWがさらなる発展を遂げるためには何が必要か。『回復期リハビリテーション病棟マニュアル』(医学書院)を編集した角田氏を司会に、CRWの現状と今後の展望が語られた。

角田 2000年4月の診療報酬改定で「回復期リハビリテーション病棟入院料」が導入されてから、今年で20年を迎えました。この間さまざまな変化が起こり、CRWが担う役割も大きく変貌しています。

本座談会では、回復期リハビリテーション病棟協会会長の三橋先生、セラピストの立場から首都圏3か所の医療機関のリハビリテーション部門を統括する理学療法士の原島先生にご参加いただき、CRWが今後さらなる発展をするためのポイントを共有したいと思います。

確立しつつある CRWにおける医療の質と量

角田 CRWの特徴である、数か月間にわたる毎日最大3時間(9単位)の1対1リハビリテーション訓練を提供する医療体制は、世界に誇るべき日本独自のシステムだと考えています。まずは、このような素晴らしい体制が生まれた「これまで」を振り返るため、三橋先生からCRWの概略をお話いただけますか。

三橋 CRWの原形となる医療システ

ムを初めて目にしたのは1998年頃です。医師やセラピストを病棟に専従配置しつつ多職種でのカンファレンスが日々実践されていた高知県の近森病院を見学し、当時は「このようなシステムが日本で実現できるのか」と驚愕したことを覚えています。そうした先進的な医療体制が2000年に創設され、従来の訓練室中心のリハビリテーションではなく、病棟を中核に据えた集中的なリハビリテーションが行われるようになりました。看護・介護とともにチームで医療を提供する体制に加え、病棟ADL加算(2002~08年)が認め

られたことで、ADLを重視する医療が実現したことも画期的であったと感じています。

角田 診療報酬改定によって2008年からは質の評価、16年からは入院期間の適正化を意識したアウトカム評価も求められるようになりました。

三橋 ええ。現場にとっては大変厳しい条件でしたが、いたずらに時間を掛けてリハビリテーションを提供するのではなく、可能な限り早く自宅へ戻そうという、CRWに対する意識改革のために断行されたものだと私は理解しています。実際、回復期リハビリテーション病棟協会が毎年公表する「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」に掲載された平均在棟日数の推移を見ても、徐々に減少していることがわかります(図1)。

CRWの今後の在り方を左右する上で不可欠な変革だったでしょう。角田 ありがとうございます。同報告書では、ADLが自力でどの程度可能かを評価するFIM(Functional Independence Measure)値の入退棟時の変化も検討されています。図2によれば、入棟時のFIM値は徐々に低下。つまり、重症度の高い患者が増加していること

(2面につづく)

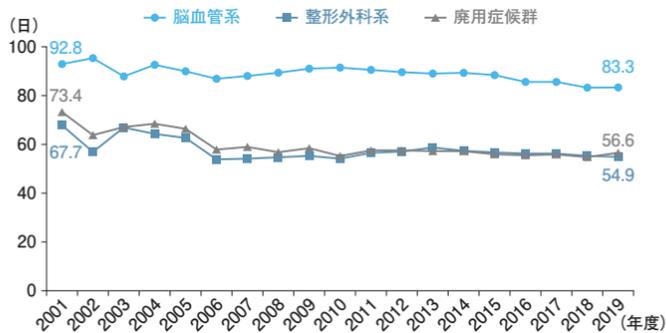


図1 CRWにおける平均在棟日数の推移(文献1より)

CRWに入棟する患者の内訳は、脳血管系が約45%、整形外科系が約46%、残りを廃用症候群が占める。対象疾患の全てにおいて、制度化当時から在棟日数の減少が認められる。

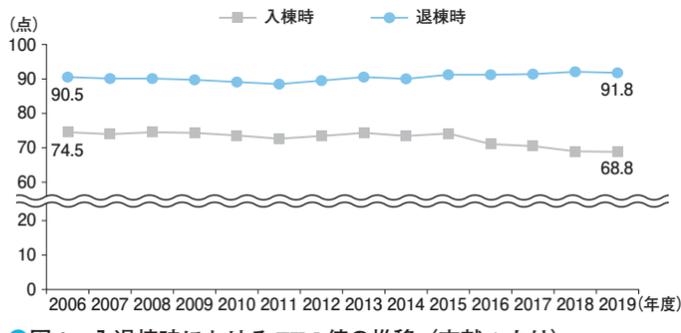


図2 入退棟時におけるFIM値の推移(文献1より)

入棟時のFIM値は低下傾向であり重症度の高い患者が増加する一方、退棟時のFIM値は高値を維持。退棟時のFIM値について三橋氏は、「ほぼドラスティックなリハビリテーションの手法が開発されない限り、現状の体制においては最善の医療が提供されている証」と評価する。

Advertisement for the book 'Recovery Rehabilitation Ward Manual'. Includes title, editors (角田 亘, 北原 崇真, 佐藤 慎, 岩戸 健一郎, 中嶋 杏子), price (3,740 yen), and a table of contents listing 10 chapters and an appendix.

座談会 回復期リハビリテーション病棟のこれまでとこれから

(1面よりつづく)

が読み取れます。にもかかわらず、退棟時の状態は高値を維持したままです。この現状は、CRWで提供される医療の「質」が高まりを見せていると理解してよいのでしょうか。

三橋 その通りです。各施設の努力、工夫が反映された結果と言えますね。

加えてCRWに起きた大きな変化としては、2010年に休日リハビリテーション提供体制加算が認められたことです。施設が休みとなる2日間で状態が後退してしまう方も少なくなかったために、この加算は非常にプラスに働きました。

角田 CRWの「量」についてはいかがでしょう。2019年現在、CRWは全国で1473病院が存在し、病床数は8万6000床を超え、人口10万人当たり60床以上の病床が確保されています。

三橋 CRWの主な対象疾患である脳血管障害、運動器疾患、廃用症候群の患者数を考慮すると、十分な病床数だととらえています。一方、依然として地域差が存在することから、少ない地域においては相応の数を増やさなければなりません。

角田 確かに地域差の問題は今後改善しなければならぬ課題ですね。

ではセラピストの立場から、原島先生は現在までのCRWの変遷をどう分析していますか。

原島 制度化当時は養成校の卒業生が少なく、セラピストの確保に大変苦労しました。1999年に養成課程の規制緩和がなされたことで不足状況は徐々に改善しています。近年は理学療法士が約1万人、作業療法士が約5000人、言語聴覚士が約2000人毎年誕生しており、CRWを希望するセラピストも増えつつあります。マンパワーの面では十分でしょう。ただし、「質」の部分ではさらなる向上の余地がありそうです。

角田 対策はすでになされているのでしょうか。

原島 2020年度より理学療法士、作業療法士についてはカリキュラムが見直され、臨床実習時間が増加しています。また臨床実習に当たる指導者や専任教員は、厚労省が指定した臨床実習指導者講習会等を修了した者と規定されるなど教育体制の見直しが進んでおり、質の強化に向けた対策が講じられ始めています。

CRWはチーム医療の最たる形

三橋 従来、医師、セラピスト、看護師、介護士が中心となって行われてきたCRWにおける医療の中に、医療ソーシャルワーカーや管理栄養士、薬剤師が参画し始めたこともCRWに起きた変化の一つでしょう。それぞれの職種がその職種でしか成し得ない役割を担っていることは注目すべきポイントです。

角田 スペシャリストたちが連携することで、一人の患者に対して多面的かつ包括的な医療が提供できています。CRWはチーム医療の最たる形と言えますよね。

チーム医療を推進するため、スタッフに対し、意識して取り組んでいることはありますか。

三橋 職種ごとの専門性のスキルアップを促しつつ、得た知識・スキルを他職種に向けて積極的に共有してもらうよう声掛けをしていることです。「一人の患者さんに対してチーム一丸でかかわる」と目標を掲げたとしても、やはり職種ごとの独立した専門性がベースにあってこそ話です。

原島 おっしゃる通りです。リハビリテーションを担うセラピストとして理学療法士、作業療法士、言語聴覚士は一括りにされがちですが、それぞれに高い専門性が存在します。各職種の存在意義を示すためにも、自身の領域に関係する問題であれば積極的に主張をするようセラピストたちには伝えていきます。

角田 なるほど。ただ、この議論をする時に「CRWにおける医師の役割とは何か?」との質問がしばしば寄せられます。三橋先生は医師がなすべきことをどのようにとらえていますか。

三橋 医師は全ての医療行為に対する責任を負わなければならないと考えています。そのためまずは、各職種からの評価を踏まえて患者ごとの治療目標を設定する役割を担うべきです。さらには、全身管理やリハビリテーションの負荷量の指示、合併症の予防等にも気を配りながら、患者の総合的なマネジメントが求められるでしょう。

原島 同感です。近年一人の患者にかかわる職種が増え、多様な意見が交わされることも多くなりました。医師にはそうした議論の中心に立ち、それぞれの職種がより効果的に患者へ介入するための道筋をつけてほしいと考えています。

角田 けれども実際、このような理想的な医師像を実践できている方は少数です。背景の一つにはCRWで働く医師のうち、リハビリテーション科専門医の占める割合が決して高くありません。もちろんCRWに対する社会的な需要が高いからこそ、他領域の専門性を持った医師にも携わってもらわないと現在の医療提供体制が成り立たない現実を考慮すべきです。しかしながら、将来リハビリテーション医学の領域に進む医学生、研修医を確保するためにも、われわれCRWに関与する医師が情報を発信するなどの努力を継続的に行う必要があるでしょう。

退棟後を見据えたリハビリテーションの提供を

角田 冒頭でも話したようにCRWの



●みつはし・たかし氏

1982年京府医大卒業後、同大整形外科に入局。91年大原記念病院リハビリテーション部長、2001年からは同院院長を6年間務める。07年介護老人保健施設博寿苑施設長、14年京都大原記念病院副院長。19年より一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会会長。京府医大リハビリテーション医学臨床教授。

特徴として、セラピストによる1対1訓練が毎日最大3時間行えることが挙げられます。しかし逆に考えると、それ以外の21時間については制約がないのです。施設によっては看護師や介護士が病棟訓練として患者に介入しているものの、保険点数が付かないために積極的に実施していない施設も見受けられます。病棟での介入は症状の回復のスピードにも影響するため、対策は喫緊の課題と言えるでしょう。

三橋 この問題は病院経営上の判断が絡むために施設によって対応が分かれる点です。対策の一つとして当院では、病棟の看護師や介護士の目の届く範囲で自主的に運動してもらったり、集団でのアクティビティに参加してもらったりしています。

原島 素晴らしい取り組みですね。特に、重症の患者であれば病棟でできる訓練の積み重ねによってADLの回復が格段に早まる上、1対1訓練でのリハビリテーション強度も回復のスピードに合わせて高められるため、早期の退棟をめざせます。これらの病棟での活動は、退棟後、自宅での低運動による廃用を防ぐための運動の習慣化にもつながり、一石二鳥です。

三橋 その通りです。CRWから自宅に戻った途端、極端に活動量が落ちてしまうケースはよくあります。廃用を防ぐために訪問リハビリテーションが導入されていたとしても週1回もしくは2回が限界です。そのためCRWのスタッフには、患者が入棟中のタイミングから自宅に戻った後の生活までをイメージすることが求められています。例えば自宅で可能なアクティビティを習慣付けさせたり、サポートする家族へ声掛けしたりなどの一歩進んだ介入が今後はより一層必要でしょう。

原島 当院ではそうした在宅における患者のイメージを涵養するため、医療法人グループ内の訪問リハビリテーシ



●かくだ・わたる氏

1991年慈恵医大卒。国立循環器病センター内科脳血管部門で研修後、2004年米スタンフォード大脳卒中センター客員研究員。慈恵医大リハビリテーション医学講座准教授などを経て、17年より現職。20年より国際医療福祉大市川病院院長を併任。編著に『回復期リハビリテーション病棟マニュアル』(医学書院)。

ョン施設へ異動してもらおうことがあります。どの場面でもどのような医療が提供されているのかを自分の目で確かめることは重要な経験と考えます。

角田 ローテーションはとて有意義です。訪問リハビリテーションや通所リハビリテーションの経験がある方は、環境整備をする場合にも細かな点まで配慮しているなど、経験のない方に比して目線が大きく異なります。施設間で人材の循環がうまくできればベストでしょう。

リハビリテーション医学の原点に回帰するために

角田 最後に議論したいのは、CRWにおけるスタッフのリハビリテーションに対する意識に関してです。われわれCRWのスタッフがまず目指すべき目標は「症状の回復」であることは言うまでもありませんが、現在のリハビリテーション医学・医療は決して万能ではなく、提供可能な最善の策を講じたとしても、機能障害が残ってしまうケースが存在することもまた事実です。こうした機能障害が残るケースに限り、自立ができるレベルまでADLを高める訓練にシフトしてQOLの向上に努めなければなりません。

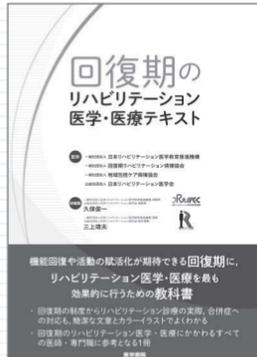
しかしながら近年、回復が望めるかもしれない早期の段階から、後者を意識したリハビリテーションが提供されているように感じています。誤解を与えてしまう表現かもしれませんが、「あきらめが早くなっている」と言わざるを得ない状況です。

原島 私も角田先生と同じ危機感を抱いています。恐らくセラピストによる評価がADLやIADL(Instrumental ADL)の向上に偏り過ぎてしまい、基礎的な評価がおろそかになってしまったことが原因の一つと推察しています。例えば、右半身の麻痺を認めた患

高い効果が期待できる回復期のリハビリテーション医学・医療を正しく理解できる教科書

医学書院

回復期のリハビリテーション医学・医療テキスト



監修 一般社団法人日本リハビリテーション医学教育推進機構 一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会 一般社団法人地域包括ケア病棟協会 公益社団法人日本リハビリテーション医学会

総編集 久保俊一/三上靖夫

本リハビリテーション医学教育推進機構、リハビリテーション医学会に加え、回復期リハビリテーション病棟協会、地域包括ケア病棟協会が監修する回復期のリハビリテーション医学・医療を正しく理解し習得するためのテキストブック。簡潔な文章、理解を深めるカラーイラストにより、機能回復や活動の賦活化が最も期待できる回復期のリハビリテーション医学・医療が一読して理解できる。

目次

- I. 回復期のリハビリテーション医学・医療総論
II. 回復期のリハビリテーション医療・診療の進め方
III. 回復期のリハビリテーション診療の実際
IV. 回復期のリハビリテーション診療でみられる併存疾患・合併症への対応(診断と治療)
便覧 回復期のリハビリテーション医学・医療便覧

B5 頁312 2020年 定価:3,850円(本体3,500円+税10%) [ISBN978-4-260-04233-8]

座談会



●はらしま・ひろあき氏

1998年社会医学技術学院卒。理学療法士。慈生会病院リハビリテーション科科長などを経て、2010年より総合東京病院リハビリテーション科科長。12年より南東北グループ首都圏リハビリテーション部門ゼネラルマネジャーを兼務。東京都理学療法士協会副会長。専門理学療法士(生活環境支援)。

者が、入棟後すぐに利き手交換をして左手で食事ができるようになったケースを想像してみてください。ADL評価としては自立と見なせますが、麻痺を少しでも減らすという本来めざすべき課題の根本的な解決にはほとんど目が向いていません。

三橋 この状態は「ADL至上主義」とも形容できるでしょう。患者の状態を評価するレポートがADLに関する記述ばかりを求めるために、自然とそうってしまったのかもしれませんが。長い期間一人の患者と向き合えるCRWの特徴を生かし、まずは患者の主たる問題を真正面からとらえ、解決する方向に思考を巡らせてほしいですね。

角田 ええ。最近、CRWにおける栄養管理や疼痛管理の重要性が声高に叫ばれるようになりました。確かにこれらの管理は重要であり、意識しなければなりません。しかし、あくまでも適切なリハビリテーション訓練を行うための「条件」であって、それ自体がCRWの主目的ではないはず。「障害を取り去る」というリハビリテーション医学の原点を再確認するような発想の転換が、今求められています。

三橋 発想の転換には何が必要だとお考えですか。

角田 症状や障害を取り去ることを目的とした臨床研究に取り組むことは一

案です。もともとCRWは、患者の機能回復がはっきりと確認できる場であり、リハビリテーション訓練の効果が最も期待できる場でもあるため、臨床研究の実践に非常に適したフィールドであると考えています。臨床研究を通じて、機能回復することを実感できれば、おのずと価値観が変容するはずですね。

三橋 単施設での臨床研究が難しい場合は、大学などのアカデミアと共同で取り組むこともできますよね。

角田 その通りです。そうした臨床研究を行う中で、エビデンスを生み出しつつ、リハビリテーション医学の原点に回帰してもらいたいです。

*

角田 CRWで働く魅力を一言ずつ教えてくださいませんか。

原島 一人の患者に対して数か月という単位で腰を据えて向き合えるCRWは、セラピストの力を最も発揮できる場であることをまずは伝えたいです。長期間にわたる介入によって麻痺が和らいだり、自力で食事が摂れるようになったりなど、目に見える患者の変化を実感できます。セラピストとしての自分の力を試す格好の場ともなるので、ぜひトライしてほしいですね。

三橋 多くの医師にとっては、CRWの役割がまだまだ見えづらいのかもしれませんが。原島先生がおっしゃったように、CRWでは患者さんの状態が回復していく姿が追えますし、さらには在宅医療の現場も垣間見えます。義肢・装具に関する知識も養えるでしょう。医師にとってさまざまな経験値を積めるフィールドであることは間違いありません。

角田 原島先生、三橋先生ありがとうございます。私自身、今回の座談会を通じて、日本のCRWは制度化からの20年間で大きな飛躍を遂げていると確信しました。ですが、まだまだ改善の余地は残されています。障害のある患者に第2の人生を提供するため、CRWにおけるより良い医療の提供体制を追求していきたいですね。(了)

●参考文献

1) 回復期リハビリテーション病棟協会. 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書 令和元(2019)年版. 2020.

視座

筋萎縮ゼロプロジェクトで重症患者の社会復帰を支援



中西 信人 徳島大学病院救急集中治療部 助教

医療の本当の目的とは何でしょうか。命が助かり、病気が治れば良いのでしょうか。それだけではないはず。病に倒れた患者さんがもう一度職場や学校に復帰して生活できる——、つまり社会への復帰こそが医療が果たすべき本当の役割だと考えます。

医学の進歩に伴い、重症患者の死亡率はおよそ20年間で約35%低下したといわれています¹⁾。しかし、その35%の方全員が社会に復帰できているわけではありません。最近の調査では重症患者の多くが、退院から5年経っても元通りの身体機能を取り戻せず、約半数の方は仕事に復帰できていない現状が明らかになっています²⁾。ICU退室後の長期にわたる身体機能障害や精神・認知機能障害である集中治療後症候群(Post Intensive Care Syndrome: PICS)への対応が喫緊の課題となっているのです。

社会復帰には病気の治療と並行して、栄養の十分な摂取やリハビリの充実が不可欠です。手術翌日もベッドの上にいるだけでは筋肉が萎縮してしまうからです。ICUに入室する重症患者は四肢の筋肉が1週間で約15~20%萎縮することが私たちの研究でわかっています³⁾。横隔膜や肋間筋など呼吸を司る筋肉も萎縮してしまいます。

そこで当院の集中治療医は、重症患者のICU入室時から社会復帰を見据え、看護師をはじめ理学療法士、作業療法士、管理栄養士など多職種と連携して治療に当たっています。

一人でも多くの患者さんが早期に社会復帰を果たすために、筋萎縮予防につながる効果的な取り組みはあるのでしょうか。私たちは2020年から当院で、筋萎縮予防をめざし「筋萎縮ゼロプロジェクト」を開始しました。本プロジェクトではICU入室中の患者の筋萎縮をどう評価し、どのように治療すればよいか研究を進めています。今年1月には、試薬や機器の購入など研究の実施に必要な資金をクラウドファンディングで募集しました(現在は受

付終了)。その結果約2か月間に、94人から計247万8000円の支援を受けました。

筋萎縮をモニタリングするモデルの構築に向けた研究を進め、超音波検査や尿中の物質であるタイチンを用いて筋萎縮や筋力低下の評価が可能であることを明らかにしました⁴⁾。さらに、ICU入室中に低周波治療器を用いてリハビリを補助することで、筋萎縮予防が可能ともわかりました⁵⁾。ただし、全ての施設で低周波治療器を用いたリハビリができるとは限らないなど、課題はまだ山積みです。

現在も継続している本プロジェクトによって、筋萎縮を防ぐ取り組みの効果を明らかにしていきたいと考えています。また、クラウドファンディングを利用することで研究への関心や理解が深まるメリットも確認できました。若手医師の研究費確保の参考にもなれば幸いです。

*

重症患者さんにとってICUの退室は治療の終わりではありません。ICUを退室した後も、病棟や退院後の在宅におけるフォローアップ、栄養やリハビリなどの取り組みを充実させないことにはPICSを防げません。私たち医療者だけでなく、社会が一丸となって臨床と研究に協力することで、重症患者の一日も早い社会復帰が実現しましょう。

●参考文献

1) Crit Care. 2013 [PMID: 23622086]
2) Thorax. 2018 [PMID: 28918401]
3) Intensive Care Med. 2018 [PMID: 29110031]
4) Crit Care Med. 2020 [PMID: 32706557]
5) Crit Care Med. 2020 [PMID: 32897665]

●なかにし・のぶと氏/2013年徳島大医学部卒。16年より現職。日本救急医学会救急科専門医、日本集中治療医学会集中治療専門医。20年に「筋萎縮ゼロプロジェクト」(<https://otsucle.jp/cf/project/2553.html>)を開始し、筋萎縮を防ぐ効果的な介入方法を研究中。

医療現場で重要度が増している摂食嚥下障害を、**医学書院**
概念から治療法まで映像で解説!

疾患別 摂食嚥下障害への アプローチ

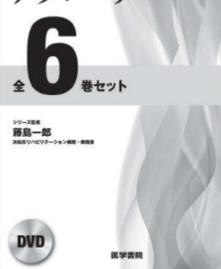
DVD全6巻セット

シリーズ監修
藤島 一郎

チーム医療でアプローチする摂食嚥下障害に対し、どのようなアセスメントを、どのようなタイミング・アプローチで行うか。臨場感あふれる臨床場面の映像とともに、編者による解説を具体的に示す。摂食嚥下障害について学ぶ医療系学生に最適のDVD教材であるとともに、臨床で摂食嚥下障害に接する医療職にも大いに役立つ内容。

- 第1巻 脳卒中の摂食嚥下障害—球麻痺、ワレンベルグ症候群
- 第2巻 脳卒中の摂食嚥下障害—偽性球麻痺
- 第3巻 パーキンソン病を中心とした神経変性疾患
- 第4巻 サルコペニアをきたす内科的疾患と誤嚥性肺炎
- 第5巻 脳性麻痺を中心とした小児疾患
- 第6巻 頭頸部腫瘍術後の嚥下障害とその対応

疾患別
摂食嚥下障害への
アプローチ



DVD 2020年 セット価格: 198,000円(本体180,000円+税10%) [JAN4580492610315]
各巻価格: 38,500円(本体35,000円+税10%)

上部消化管
内視鏡診断
アトラス

上部消化管 内視鏡診断アトラス

編集 長浜 隆司
竹内 学

●A5 頁268 2020年 定価: 本体5,400円+税
[ISBN978-4-260-04155-3]

「胃と腸」執筆陣を中心に、
日本国内で至高の画像を集め、収載したアトラス本。

消化管領域の臨床研究や診療において、内視鏡は必須のモダリティとなりました。特に、内視鏡診断の領域では白色光による観察のみならず、色素内視鏡、デジタル色素内視鏡、拡大内視鏡、超拡大内視鏡などの画像強調内視鏡検査が日常臨床に広く取り入れられています。そのような状況において、本書は消化管内視鏡診断の醍醐味を若手の先生方に知っていただくことを目標に企画されました。上部編&下部編の2冊を刊行。

下部消化管
内視鏡診断
アトラス

下部消化管 内視鏡診断アトラス

編集 松本 主之

●A5 頁256 2020年 定価: 本体5,400円+税
[ISBN978-4-260-04156-0]

医学書院

FAQ

今回の回答者

菊地 良介

名古屋大学医学部附属病院
医療技術部臨床検査部門

さくちりょうすけ氏 2007年名大大学院医学系研究科修士課程修了後、同大病院医療技術部臨床検査部門入職。社会人大学院生として11年に博士(医学)取得。米ボストン大でのポストドク経験を経て、13年より現職。愛知県臨床検査技師会理事ほか学会委員会活動多数。「検査と技術——臨床検査技師のための研究入門」(医学書院)を企画。

今回のテーマ

医師と臨床検査技師とが協力して行う臨床研究

検査部を「宝の山」と表現する検査部長や臨床医がいます。血液や尿などの患者検体の中には、いまだ解明されていない病態の情報が秘められている可能性が無限にあるからです。しかし、検査工程をおろそかにすると「真実」から掛け離れた検査結果へつながる「リスク」もあります。そこで重要になるのが臨床検査に精通する臨床検査技師との協働です。本稿では、検査部にある「宝」をうまく活用するために必要な知識および、臨床検査技師との協働によって行われた臨床研究の具体例を紹介します。

FAQ 1 近年、臨床検査技師が臨床研究に携わるようになった背景を教えてください。

2002年に開催された国際臨床検査技師連盟(IFBLS)の総会では、当時の「臨床検査技師」の英語表記“Medical Technologist”について、昨今の教育レベルに鑑み“Biomedical Laboratory Scientist”と改めるべきだと提言されました。

またこの20年、臨床検査技師を取り囲む社会は、日本でも大きく2つの面で変化しています。1つ目の変化は、3年制の医療技術短期大学部から4年制大学への移行です。2000年代前後に国立医療技術短期大学部は全廃され、医療技術系学科や看護学科に後継されました。同様に、公立・私立の医療技術短期大学部もその多くが4年制の大学に移行しています。その結果、技術のみを身につける従来の技術者養成教育から、臨床検査の先進化と高度化に対応できるBiomedical Laboratory Scientistとしての教育へと変化しました。

2つ目の変化は、大学院重点化です。1990年代以降、東京大学が先駆けとなり多くの大学が大学院の部局化を行いました。さらに2000年度までには多くの4年制大学に大学院が併設されるようになりました。そうした教育環境の変化に伴い、臨床検査技師もまた、臨床検査技師免許と学士を取得するだけでなく、その後修士課程や博士課程での研究機会を経て病院へ勤務する人が増えています。近年では、社会人大学院生として病院での日常勤務後に修士や博士の学位をめざす臨床検査技師も珍しくありません¹⁾。

Answer…臨床検査技師を取り巻く環境はこの20年間で大きく変化しています。現在は病院での勤務を行いながら大学院の修士課程や博士課程に通う方も増え、豊富な研究知識や手技のノウハウ

を有する臨床検査技師が増えています。

FAQ 2 臨床研究を行う際にご存知ですか、「臨床検査のプロセス」にはどのようなものがありますか。

臨床検査は疾患の診断や治療のモニタリングに欠かせず、EBMの根幹となる存在です。より良い医療および適切な予防医学を推進するには、臨床検査の品質・精度を確保することが極めて重要であり、そのためには検査の工程を正確に踏むことが求められます。以下、検体検査の場合における工程を、3つの段階に分けて記載しました。

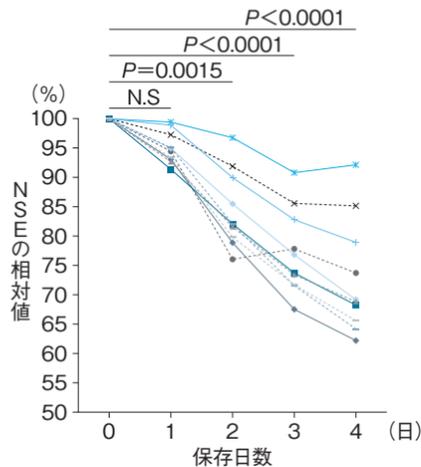
- 1) 検査前プロセス
検査依頼、患者の準備、検体の採取、受領・搬送、仕分けなど
- 2) 検査プロセス
検査材料の前処置、検査、検査結果の妥当性確認、解釈など
- 3) 検査後プロセス
結果報告、検体の保管など

これら一連の正確な実践を経て初めて「真実」が見えてきます。しかし臨床研究を行う際、対象とする評価項目の測定値ばかりに気を取られ、上記の検査工程、特に検査前プロセスが蔑ろにされるケースが多々あり、間違った研究結果が導かれてしまう場合も存在します。その一例に、小細胞肺癌および神経芽細胞腫などの腫瘍マーカーとして診断や治療効果の判定に用いられる神経特異エノラーゼ(NSE)を対象とした臨床研究のピットフォールをご紹介します。

従来NSEは、血清分離後検体を冷蔵保存し、外部施設に測定を委託することが主流でした。しかしNSE値測定の検査前プロセスの評価を行ったところ、血清分離後のNSEの安定性は、冷蔵保存日数が長いほど低下することが明らかとなり(図)²⁾、検体の冷蔵保存期間によって研究結果に差が出てしまう可能性が示唆されたのです。つまり、検査前プロセスが誤報告を誘発する要因となっていました。

このように、検査工程による変動が臨床研究を間違った結果へと誘導する「リスク」が存在します。検査工程の重要性を押さえつつ、臨床研究を計画していただくことを願います。

Answer…検体の保存方法により結果が変わってしまうこともあります。臨床検査の品質・精度を確保するために、検査工程を考慮した研究計画を立てましょう。また、検査工程に関する論文が多数掲載されている雑誌『医学検査』は、J-Stageで閲覧可能です(<https://www.jstage.jst.go.jp/browse/>



● 図 血清分離後の冷蔵保存日数によるNSE安定性評価(文献2より一部改変)

10個の冷蔵保存検体におけるNSEの安定性について4日間評価した結果、検査前プロセスの一環である、検体の冷蔵保存期間によって研究結果に差が出る可能性が示唆された。

jamt/-char/ja。臨床医の先生にも有益な情報が盛りだくさんですので、ぜひ参考にしてください。

FAQ 3 日常検査後に残った検体を臨床研究に使用する際の注意事項を教えてください。

1947年のニュルンベルク綱領、1964年のヘルシンキ宣言などにより、医学研究の倫理的原則は、医療従事者が患者の人権について十分配慮すべきと認識するようになりました。その後、2000年10月のヘルシンキ宣言改訂(エディンバラ改訂)において、個人を特定できるヒト由来試料を用いた研究もヒトを対象とする医学研究に含まれることが承認されました。同改訂文では、日常検査後の残検体を用いる研究も、研究対象者が自分の意思に反して生命、健康、プライバシーおよび尊厳について不利益を被らないようにすることも述べられています。

これらの声明を受け、2002年に日本臨床検査医学会では「臨床検査を終了した検体の業務、教育、研究のための使用について——日本臨床検査医学会の見解」を公表し、2017年12月には改訂版も発表されました。改訂版では残余検体の医学研究目的での使用について、厚労省と文科省が2014年に発出した「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に基づき、「口頭による説明とその記録」を基本とし、場合によっては「研究内容の公開と研究対象者が拒否できる機会を保障する方法(オプトアウト)」を用いることができると記載されています³⁾。これらの見解を根拠に各医療機関での対応が必要になります。ただし、今後も時代の変化とともに倫理指針が変化する可能性があるため、アンテナを張り新しい情報を得るように努めてほしいと思います。

Answer…残余検体を扱う際は、最新の倫理指針に基づくことを念頭に置

きましょう。患者さんへの負担を減らしつつ、効果的に臨床研究に活用してください。

FAQ 4 医師と臨床検査技師とが協力すると、どのような研究が行えるのでしょうか。

昨今の情勢を加味した具体例を挙げると、新型コロナウイルス(SARS-CoV-2)感染症(COVID-19)の補助診断法として血清学的診断法(抗体検査)が期待されています。現在、抗SARS-CoV-2抗体検査試薬については十分な検証が行われておらず、検査結果の解釈や臨床的有用性を評価するためのエビデンスに乏しいのが実情です。そこで筆者は、自身の所属する病院の中央感染制御部、呼吸器内科と腎臓内科の医師と共同で、日常検査後の残検体を使用して抗SARS-CoV-2抗体検査試薬の評価を行いました。結果、SARS-CoV-2のSタンパク(註)を抗原とした抗SARS-CoV-2抗体検査試薬はIgM、IgG抗体両方が感染早期より検出可能であることが示唆されました。今後さらなる検証が必要ではありますが、COVID-19のスクリーニング検査としてはSタンパクを標的とした抗SARS-CoV-2抗体検査試薬が有用である可能性が考えられます^{4,5)}。

私たち臨床検査技師は、検査工程を理解した正確な測定が得意です。その一方で臨床的有用性についての検証は、臨床医の畑でしょう。医師と臨床検査技師が共に研究を行うことで、正確な検査工程に基づく臨床的有用性の検証が可能になります。

Answer…検査工程の知識と経験を豊富に持つ臨床検査技師と、検査結果をもとに臨床的有用性を考える医師とが協働することで、臨床研究の幅が広がります。

もう一言 検査工程を蔑ろにすると臨床研究結果が大きく変わる可能性があります。臨床研究は未来の医療の礎となるとても重要な研究です。検査工程に気を付けながら、医師が臨床検査技師と臨床研究を行うことで、未来の患者さんに意義のある成果を還元できると信じています。

註：スパイクタンパク質。SARS-CoV-2が有するタンパク質の一種で、宿主細胞に自身が入り込むのを促進する働きを持つ。

参考文献・URL

- 1) 菊地良介. 臨床検査技師が研究を行うメリット——臨床検査技師の視点から. 検と技. 2020; 48(9): 859-60.
- 2) 横山覚, 他. エクルーシス®試薬NSEの基礎的性能評価における検査前プロセス評価の重要性. 医学検査. 2019; 68(3): 564-9. <https://onl.tw/QvENR7Q>
- 3) 横崎典哉. 残余検体の取り扱い方. 検と技. 2020; 48(9): 908-9.
- 4) 菊地良介, 他. 新型コロナウイルス感染症の早期検出に抗SARS-CoV-2 spike protein S1 domain-IgA抗体が寄与する可能性. 医学検査. 2020. DOI: 10.14932/jamt.20-70
- 5) 金貞姫, 他. 新型コロナウイルス感染症に対するSARS-CoV-2抗体検査試薬の検討——抗原種の違いによる特性と抗体アイソタイプの関連. 医学検査. 2020. DOI: 10.14932/jamt.20-71

2020年9月号[増刊号]

医学書院

検査と技術

● 定価 5,500円(本体5,000円+税10%)

特集

学会発表・論文執筆はもう怖くない！ 臨床検査技師のための研究入門

学会発表や論文執筆って、どうやって進めればよいだろう？本増刊号は、その悩みや疑問に答えることをコンセプトに企画しました。臨床検査技師が研究を行うメリット、研究の進めかた、学会発表・論文執筆のいろは、知っておくべき研究倫理、そして成功と失敗談の実例を踏まえながら、臨床検査技師だからこそ行える「医学の研究」について考えたいと思います。ありそうでなかった、皆さんの「知りたい！」を、第一線で活躍する執筆者とともに、一冊にまとめました。

Contents

- 1章 研究をはじめよう！
- 2章 研究の進めかた
- 3章 倫理は研究の大前提！
- 4章 知っておくべき研究 TIPS
- 5章 学会発表のアドバイス
- 6章 論文執筆のアドバイス
- 7章 成功と失敗から学ぼう！
- 8章 臨床検査技師の研究留学
- 9章 研究のすゝめ

詳しくはこちら▶▶▶▶

<https://www.igaku-shoin.co.jp/journalDetail.do?journal=39104>

こころが動く 医療コミュニケーション

患者さんの意思決定を支え、行動変容を促すにはどのようなかわりが見込めるのか。行動科学の視点から、コミュニケーションを通じたアプローチの可能性を探ります。

中島 俊
国立精神・神経医療研究センター
認知行動療法センター臨床技術開発室長

第1回 **医療コミュニケーションと医療者の倫理観**

近年、患者さんにどのような医療を提供するのかという“医療の中身”だけでなく、医療者が患者さんと“どうかかわるのか”というコミュニケーションの役割が注目されています。例えば、医療者の共感力の有用性を示す文献の1つに共感力の高い医療者が主治医となる2型糖尿病患者さんは、共感力の低い医療者を主治医とする同疾患の患者さんに比べてその後の死亡率が低いことを示す研究¹⁾などが挙げられます。

ではなぜ医療者の共感力が患者さんの予後と関連するのでしょうか。この作用機序は不確かな部分も多いですが、医療者が患者さん中心の共感的なかわりを持つことで患者さんの満足度が高まり、アドヒアランスや健康関連行動が促進されると考えられています。

患者に最適なコミュニケーション・スタイルを選ぶ

患者さんの症状や困りごとの改善に作用する要素は、心理療法全般にまたがる医療者の共感力などの「共通性」と、それぞれの心理療法に特有のスタイルである「特異性」に分類することができます。同様に、医療コミュニケーションの場合も共通性と特異性に分けられます。医療コミュニケーションではさまざまなコミュニケーション・スタイルが開発されており、代表的なものとして、患者さんと医療者が共に参加するヘルスケアの意思決定プロセスである共同意思決定(Shared Decision Making: SDM)、患者さんの行動変容を促すかわりである動機付け面接(Motivational Interviewing: MI)、患者さんに対するエビデンスに基づいた正しい情報の伝え方であるリスク・コミュニケーションなどが挙げられます。

それぞれのスタイルを選択する際には、たとえ同じ疾患の患者さんを対象とする場合でも、どういった支援が求められているかなどそのときの文脈を考慮する必要があります。例えば表1は糖尿病と肥満の患者さんに行うSDMとMIの特徴を比較したもので

す²⁾。両者とも患者さんの自律性を尊重し、良好な関係を築くために患者さんのバックグラウンドを知ろうとする指針は共通しています。しかしターゲットとする患者さんの行動や最終的なゴール地点、そこをめざすための医療者の姿勢は異なっています。医療コミュニケーションを考えるに当たっては、共通性と特異性を意識して患者さんに最適なコミュニケーション・スタイルを選択することが大切です。

患者とのかかわりの判断基準を考える難しさ

医学教育に携わる方から、「OSCEを受けた最近の医療者は、患者さんとの最初のかかわりを全て『開かれた質問(はい/いいえで答えられない質問)』で対応するので困惑してしまう患者さんがいる」との話を伺ったことがあります。確かに患者さんの気持ちや考えを引き出すためには「開かれた質問」のほうが「閉じた質問(はい/いいえで答えられる質問)」より適しており、多くの有意義な情報を引き出すことができると言われてます³⁾。しかしだからといってマニュアル的にどんなときでも「開かれた質問」を行えばよいわけではありません。先述のコミュニケーション・スタイルの選択と同様、患者さんとのかわりについての判断基準はその方の特性や症状の度合い、緊急度などに大きく依存します。ここが医療コミュニケーションの難しいところなのです。

また共感的なかわりが重要ではないケースもあります。例えば、一刻を争う患者さんが救急車で運ばれてきた場合や、いつも同じ薬を服用していて経過も良好な慢性疾患の患者さんが急いで薬の処方を求める場合です。これらの場合、じっくり耳を傾けて共感的にかかわるよりも具体的な処置や処方、アドバイスなどの情報提供を行うほうが適切と言えるでしょう。医療者は医療コミュニケーションが文脈や相手の望むものを考慮した上で行われるべきという前提を忘れてはいけません。

●表1 共同意思決定と動機付け面接の共通性と特異性(文献2より作成)

	SDM(共同意思決定)	MI(動機付け面接)
ターゲット行動	選択行動	問題行動
ゴール	意思決定	行動変容
指針	患者さんの自律性の尊重、患者さんとの良好な関係性構築	
医療者の姿勢	<ul style="list-style-type: none"> • 選択肢を考える必要性の説明 • 選択肢に対する賛否の情報提供 • 患者さんの好みを聞きサポート 	<ul style="list-style-type: none"> • 説得を避け動機を引き出す • 変わりたい理由に耳を傾ける • プラン立案をサポート

●表2 各状況における医療者を含めた対人援助職のかかわり方(筆者作成)

	選択肢	対人援助職のかかわり
①子どもを産むか迷っている母親と医療者	A:産む B:産まない	強く中立性が求められる(選択肢A=選択肢B)
②死にたいと訴える患者さんと医療者	A:生きる B:死ぬ	個人の意思にも配慮しつつ、特定の方向(選択肢A)への意思決定や行動変容を促すことが妥当
③アルコール依存の患者さんと医療者	A:禁酒する B:飲酒を続ける	個人の意思だけでなく、社会全体として特定の方向(選択肢A)への意思決定や行動変容を促すことが必要
④受刑者と矯正職員	A:刑務作業に従事 B:怠役(刑務作業を怠る)	個人の意思だけでなく、社会全体として特定の方向(選択肢A)への意思決定や行動変容を促すことが必要

医療コミュニケーションは「介入」なのか?

ある疾患や問題に対するコミュニケーション・スタイルが他のかわりよりも優れているかを検証するための無作為化比較試験⁴⁾では、特定のコミュニケーション・スタイルの有効性や限界が示されています。このようにエビデンスが積み重なるにつれて、「医療者はそれらのスタイルを用いて、どの程度まで決められた選択や変化に向けて患者さんを促していいのか?」という中立性(不偏性)が、倫理的観点から議論されています。

医療者の中立性や患者さんの意思決定は大切ですが、それを求めるあまりに患者さんに「これから禁酒の動機付けを高める面接をしてもよろしいでしょうか?」と承諾を得た上でかわることには、多くの医療者が違和感を覚えると思います。

中立性を理解するためには、優秀な医療者とやり手の営業マンの違いがよく挙げられます。両者は高いコミュニケーション能力を持っていますが、前者の中心となるマインドは患者さんの利益であるのに対し、後者は営業マンの利益にあります。患者さんの事前の承諾なしで行われる医療コミュニケーションでは「誰に利益があるのか?」に一層留意する必要があります。例えば研究や治療を導入するインフォームド・コンセント時であれば、医療者が患者さんに特定の方向への意思決定や行動変容を促すコミュニケーション・スタイルを用いることは望ましくないでしょう。

以上を踏まえた対人援助職のかかわり方を表2に示しています。①のように患者さんの価値観や人生に影響を及ぼす意思決定では医療者に強く中立性が求められるのに対し、②や③は緊急度の高さや患者さんの生死、生活の質など医療福祉の観点からも利益が明らかです。そのような場合は個人の意思にも十分に耳を傾けた上で特定の方向

への意思決定や行動変容を促すかわりが妥当であると考えられます。また④のような状況下では個人の意思決定や利益に加え公共の利益が大きく関与し、社会全体として特定の方向への意思決定や行動変容を促すかわりが必要になります。医療者がどこまで患者さんの意思決定や行動変容に中立でいるべきかの判断は、医療者の倫理規範に大きく委ねられているのです。

医療コミュニケーションでは、医療者が患者さんの「こころ」に働き掛けることで意思決定を支援し、患者さんの行動変容を促していきます。本連載では患者さんとのかわりをよりよいものにするテーマを取り上げ、医療コミュニケーションのエビデンスやトピックへの理解を深めていく予定です。

今回のまとめ

- 目的に応じたスタイルの違いである「特異性」を意識して、患者さんに最適なコミュニケーション・スタイルを選択する。
- 医療コミュニケーションを行う上で、医療者の中立性が問題となる。
- 中立性を考える上で、医療者の高い倫理観が求められる。

参考文献

- 1) Ann Fam Med. 2019 [PMID: 31285208]
- 2) Ann Fam Med. 2014 [PMID: 24821899]
- 3) J Subst Abuse Treat. 2016 [PMID: 26547412]
- 4) JAMA Pediatr. 2018 [PMID: 29507952]

●なかじま・しゅん氏

2006年北海道医療大心理科学部卒。博士(医学)。東京医大助教、帝京大文学部専任講師などを経て19年より現職。臨床心理士、公認心理師。「患者さんだけでなく、医療者にも優しい医療をモットーに日々臨床や研究に励んでいます」。



基礎神経科学から診断・治療法まで、疼痛医学を縦断的に解説する本邦初のテキスト。

疼痛医学

生活の質に大きくかわる痛みを、そのメカニズムや診断・治療法まで、包括的に解説する本邦初のテキスト。本書は基礎神経科学の進歩から解明されつつある疼痛のメカニズムと、メカニズムに基づく診断・治療法を、体系だててわかりやすくまとめている。医学生だけでなく、疼痛に悩む患者さんとかかわる理学療法士・作業療法士などにも役立つ1冊。

監修 田口敏彦
飯田宏樹
牛田享宏

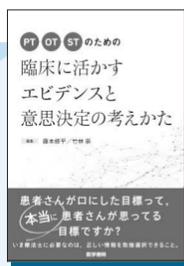


臨床現場での情報活用から意思決定の方法までを体系的に理解できる!

PT/OT/STのための臨床に活かすエビデンスと意思決定の考えかた

臨床に携わる療法士にとって、「臨床」と「研究(エビデンス)」は欠くことのできない要素といえる。本書ではその両者を融合することの必要性を説くとともに、患者の価値観という大切な要素もそこに組み合わせる。エビデンスの活用だけで適切な意思決定ができない場合に、自身の経験、また患者の価値観をどのように反映させていくか、治療に必要な知識を情報へ転換し、活用するスキルを身に付けるための具体的な指針を提示する。

編集 藤本修平
竹林 崇



Medical Library 書評新刊案内

Advance Care Planningのエビデンス 何がどこまでわかっているのか?

森 雅紀, 森田 達也 ●著

B5・頁204
定価:本体2,400円+税 医学書院
ISBN978-4-260-04236-9

10月の爽やかな週末に、旅のお供として本書を持って出掛け、楽しく読破させていただきました。ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の始まり、歴史、定義、エビデンス、最新の研究の動向を包括して学習できる良書だと感じました。

本書には、著者である森雅紀先生(聖隷三方原病院緩和支援治療科)の、誠実に前向きなお人柄が溢れ出ています。ACPという重くなりがちな話題を、穏やかな気持ちで読むことができ、そして重要な研究は丁寧に検討され、著者とのインフォーマルなやり取り、豊富な臨床経験に基づきプラスアルファの情報が書き込まれています。著者の米国と日本での豊富な臨床経験と、書く力に基づいた記述は素晴らしく、特に英語に関して言えば、本書に出てくる複数のやりとり(例えば Joanne Lynn 先生や Rachele Bernacki 先生)の時には、実は私も同席していたのですが、アルコール(?)の影響も手伝って内容があやふやで、本書の記述を読んで「ああ、それを話してたのかあ」と思い至ることもあり、あらためて森先生の能力の高さと見識の深さに感銘を受けました。

参考文献については若干がん領域に偏っている傾向はありますが、重要な文献がカバーされており、これだけ読

評者 木澤 義之

神戸大病院緩和支援治療科特命教授

んでおけばまずまず大丈夫、と言っているのでは? と思いました。

また、巻末の森先生と共同執筆の森田達也先生の軽妙なやり取りも、実際に会議でお会いしたり、Web会議で話したりしているときのご様子がそのまま書かれている感じで、両先生の自由さと気質、リラックスしたコミュニケーション、学び合う姿勢、お互いに対する尊敬の気持ちが手にとるように感じられました。ここでは「雑談」と称し、「ACPって医療上のことだけでなく、人生全体のことなの?」「家族が反対していても、本当に患者

の意思に従える?」など、ACPを巡る素朴な、でも大切な疑問が取り上げられています。お二人のやり取りを通じて、日頃抱えている疑問が解ける読者も多かろうと思います。

特にACPの臨床や啓発普及に深く取り組みたいと思っていられる方、そして研究や発表を考えている方は必読と思います。私自身は、散漫になりがちだった雑多な知識が統合され、なぜか不思議に前向きで温かい気持ちになります。本にも心があるのだと、本当に不思議な気分です(森先生に心より感謝します、あ、森田先生にもね)。関係の皆様のご一読を心よりお薦めいたします。

なぜか前向きで温かな気持ちになる、不思議なACPの本



ウォーモルド内視鏡下鼻副鼻腔・頭蓋底手術

Peter-John Wormald ●原著
本間 明宏, 中丸 裕爾 ●監訳
鈴木 正宣 ●訳者代表

A4・頁328
定価:本体20,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-04200-0

評者 丹生 健一

神戸大教授・耳鼻咽喉科頭頸部外科学

ついに、日本の多くの耳鼻咽喉科医が望んでいた本が出版された。

言わずと知れた内視鏡下副鼻腔手術の世界的権威であり、現在のわが国の手術方法の原点と言っても過言ではない、P. J. Wormaldの著書『Endoscopic Sinus Surgery』の日本語訳版である。原著が素晴らしい本であることはわかってきたが、やはり英語なので完全には理解しにくかったという先生方にとって垂涎ものである。

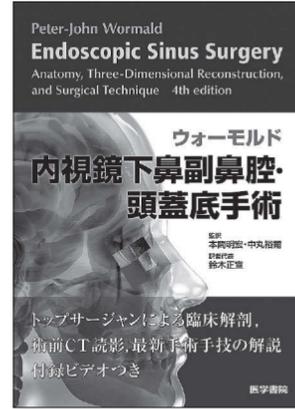
図や写真も含め原著第4版がそのまま翻訳された形となっているため、Wormaldの理論がじかに吸収でき、各セルの位置関係をCGで3次元的に再構成する、かの有名な Building Block Conceptのほか、Axillary flapアプローチや前頭洞の解剖や手術における国際分類についての理解が深まる。そして鼻腔手術や各副鼻腔の基本的な開放方法だけでなく、副鼻腔拡大手術や頭蓋底手術、副損傷の対処方法まで網羅さ

れているため、これから鼻科手術を始める若い先生方のバイブルとしてはもちろん、すでに多くの手術を経験されている先生方の理論の確認やさらなる技術向上につながるだろう。また手術手技だけでなく、臨床解剖に基づく術前CTの読影方法や術後管理の方法まで、そこも教えてほしいという内容が盛りだくさんである。

手術動画に関しては近年の流行が取り入れられ、QRコードを読み取るタイプなので、スマートフォンで簡単に閲覧することができるのもうれしい。

これだけ膨大な量の英文をここまで自然な日本語に翻訳して下さった、本間明宏先生をはじめとする北大耳鼻咽喉科・頭頸部外科の先生方に感謝と敬意を表するとともに、この本がより多くの耳鼻咽喉科医の先生方の本棚に並び、わが国全体の内視鏡下副鼻腔手術のレベルアップにつながることを切に願っている。

平易な日本語に訳された鼻科手術のバイブル



《ジェネラリストBOOKS》 子どものけいれん&頭痛診療

二木 良夫 ●著

A5・頁162
定価:本体3,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-04278-9

評者 安次嶺 馨

前・沖縄県立中部病院ハイウイ大卒後
医学臨床研修事業団ディレクター

著者はアメリカに15年間滞在した小児神経科医である。沖縄県立中部病院で3年間の卒後研修を受け、その後、国内の病院で勤務して卒後7年を経て渡米した。セントルイス小児病院、アラバマ小児病院、ボストン小児病院で小児神経科のフェローとして、著名な専門家の指導を受けた。

ボストンでは、新生児神経学の泰斗 J. J. Volpe の回診で学ぶという得難い体験をしている。また、優秀なフェローやレジデントたちのポイントをつかんだプレゼンテーションのうまさにも感服したという。英語力の劣る外国人が米国人に認めってもらうためには、プレゼンテ

ションやディスカッションはシンプルにしてポイントを絞ることを、著者はボストンで学んだ。この習慣は日本の講演でも執筆でも、著者が実践しているスタイルであり、本書では「てんかん」「頭痛」という最も common な小児神経疾患の解説に、このことが如実に表れている。

◆この本の特色
てんかんの分類や発作型についての説明から入るのではなく、まず救急室を訪れた症例を提示し、症状や発作の起こった背景を知る問診の重要性を説く。この本では多数の症例が示されるが、症例を重ねるごとに鑑別診断、検査、治療薬の実際へと進

簡潔明瞭、臨床に必要な小児神経診療のエッセンス



Advance Care Planningのエビデンス 何がどこまでわかっているのか?

新刊!

■ 森 雅紀 聖隷三方原病院 緩和支援治療科
■ 森田 達也 聖隷三方原病院副院長/緩和支援治療科

● B5 頁204
定価:本体2,400円+税
[ISBN 978-4-260-04236-9]

- Contents
- Part I / ACPを語る上での基礎知識
 - Part II / 次々と登場する ACP 介入の研究たち
 - Part III / ACPに関する リアルワールドの研究
 - Part IV / ACPに関わる 辺縁の研究領域
 - Part V / ACPに関する日本の議論を整理するための雑談

「人生の最終段階の医療・ケアについて、本人と家族、医療者が繰り返し話し合うプロセス」= ACP。でも不確実な将来を話し合うことは、誰にとっても難しい。どうやって話し合いのきっかけを作るか、どうすれば患者と家族の希望に沿った医療・ケアを提供できるか、国内外で積み重ねられてきたエビデンスが、ACPを深めるためのヒントを与えてくれる。患者と家族の幸せにつながるACP実践のために、知っておきたいことがある!

ACP、知っているようで知らないことばかりだ!

エキスパートに学ぶ、内視鏡外科手術のコツ

内視鏡外科手術 役立つテクニック100 [Web動画付]

内視鏡外科手術は低侵襲性による様々なメリットの一方、技術的難度が高いという性格も持つ。本書は内視鏡手術に習熟したエキスパートの先生方に①この手技の意義(知っておくべき理由)、②手技(コツを中心に)、③特長(この手技の優れている点)、④注意すべき点(合併症など)をまとめていただいた。主な項目には、それぞれポイントを示す動画もQRコードで見られるように収録した。

編集 宮澤光男



B5 頁312 2020年 定価:本体9,500円+税 [ISBN978-4-260-04259-8]

医学書院

回復期リハビリテーション病棟マニュアル

角田 亘●編

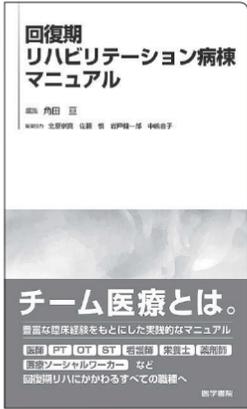
北原 崇真, 佐藤 慎, 岩戸 健一郎, 中嶋 杏子●編集協力

B6変型・頁424
定価:本体3,400円+税 医学書院
ISBN978-4-260-04247-5

評者 澤田 辰徳
東京工科大准教授・作業療法学

本書における読者への利益は大きく分けて2点あると考える。1点目はチーム医療の成熟への貢献である。医療制度の中に回復期リハビリテーション病棟が認可されてから20年ほど経過したが、その病床数およびかかる医療職種は激増した。結果として、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士といったリハビリテーション職種のみならず、医師や看護師、社会福祉士などさまざまな医療関係者がリハビリテーションに携わるようになった。また、昨今の実績指数の導入により、効果的なりハビリテーションをいかに実施し、早期退院をめざすかについて拍車をかける形となった。これら一連の課題に関してはチーム医療としての成熟が必須である。良質なチーム医療には各職種の専門性をお互いに理解し、尊重した上で協働することが重要であるが、本書には医師の診断をはじめとしてリハビリテーション専門職はもちろんのこと、看護のケアや栄養に携わるまで至る所に各職種がなすべきことが記載されており、これらを網羅していることがうかがえる。

2点目は題名にあるように、回復期



チーム医療の成熟と回復期リハの質と向上に資する一冊

リハビリテーションとしての質の向上である。評者は回復期リハビリテーション病棟の使命とは急性期を脱した対象者に対して地域生活をおくるための準備を集中的に行うものであると理解している。そのためには心身機能の回復のみならず退院後につながる生活支援をすることは必須である。本書は両者において記載されており、その内容は基本的な内容から栄養および訪問リハビリテーションまで多岐にわたり、広範囲に網羅されているといえよう。特に、評者の作業療法士という専門性から述べると、基本的なセルフケアのポイントから買い物や自動車運転といったIADLに至るまで広範囲に記載されていることは本書の守備範囲の広さを感じる。また、本書は実際の病院での取り組みをもとに一貫して記載されており、最後に症例報告が掲載されていることも読者の理解を深めるであろう。

このように、本書は幅広い情報が網羅されており、多職種が協働的にかかわる回復期リハビリテーション病棟に勤務するものにとって、広く情報収集するには有用である書籍と思われる。

ゝんでいき、てんかんや頭痛の全体像を把握できる。いわば、ベッドサイドティーチングを受けつつ、小児神経学を学ぶという実践的な学習効果を楽しめる。

全般的に、説明は簡潔明瞭である。簡潔すぎて、何か物足りない感じがして、これでよいのかと思うほどだ。元来、神経は生理、生化学、解剖学的知識が絡み、診断困難な病気が多く、敬遠したくなる。しかし著者は、小児科で見る common neurological diseases は限られており、そこに十分な力を傾注し、まれな疾患は専門家に任せてよいという臨床医の立場を貫く。膨大な神経学の知識と診療経験を持つ著者が、あえて簡潔に子どものけいれんと頭痛にテーマを絞って書いた本書は、読む者の心にすっと入り、短時間のうちに、そのエッセンスを得ることができる。さらに詳しく知るためには、選び抜かれた文献に目を通せば、著者のめざす小児神経学の神髄に迫ることができる。

◆ Clinical Pearls

この本には、著者の経験から語られ

る clinical pearls が随所にちりばめられている。その一部を紹介する。

- ・小児神経科医が主訴、診察所見の提示後に考えるのは、「病変はどこか」(局在診断)です。「局在診断とは、神経システムの中の、①大脳半球、②脳幹部、③脊髄、④末梢神経、⑤神経筋接合部、⑥筋肉のどこに病変があるかを診断することです」。「局在診断をせずに最初から鑑別診断を考えていくと、あまりにも鑑別診断のリストが広がりすぎてしまうのです」(p.138)。
- ・「目の前で患者がけいれんしているときは、ベテランの医師でも内心はドキドキしています。しかし、それは顔に出さず、落ち着いて(ふりですよ)行動しましょう」(p.37)。
- ・「低血糖によるけいれんは、全身性と考えがちです。たとえ部分性のけいれんでも、鑑別診断に低血糖を忘れないことです」(p.31)。

親しみやすいイラストが、さらに読者の理解を高めている。子どもを診る全ての医師に、この良書を薦めたい。

基礎から学ぶ 楽しい疫学 第4版

中村 好一●著

A5・頁242
定価:本体3,200円+税 医学書院
ISBN978-4-260-04227-7

評者 坂本 史衣
聖路加国際病院QIセンター感染管理室マネージャー

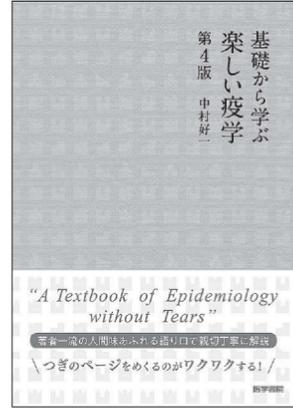
著者紹介に高校の卒業アルバムの写真が使われている。新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の影響で上京ができなかったために代用した、とある。本書の面白さはそこだけではない。表紙のデザインが電車の切符の鉄痕である。鉄痕をパチパチならす駅員に毎日切符を切ってもらっていた評者にとっては非常に懐かしいが、本書の楽しさはそこだけではない。

職業柄、再び話をCOVID-19に戻すが、今年はこの感染症にまつわるさまざまな数字が、表やグラフになり、もっともらしい解説を伴って、毎日毎日、新聞、テレビ、SNSなどで飽きるほど流れた。大量の論文もかつてない速度で発表された。それらのデータの多くは、真偽のほどはともかく、COVID-19のリスクの大きさや変化を測定したものである。

COVID-19に限らず、感染対策にはリスクの測定がつきものである。なぜならリスクを測らない限り、感染対策が功を奏しているのかいれないのかわからないからである。リスクは過少評価しても、過剰評価してもいけない。なるべく正確に測り、その結果を、限界を含めて適正に評価する必要がある。そのためには世界共通のルールが必要である。そのルールが疫学である。ルールを知らずにデータを生み出せば、意図せず人を騙すことにつながりかねず、またルールを知らずにデータを読めば、騙される可能性が生じる。世間にCOVID-19に関する玉石混淆の情報が溢れかえり、多くの人がそれに踊らされた2020年ほど、疫学的重要性が示された年はないと言ってよいかもしれない。

「疫学は難しそうだ」という初学者の方。ご心配なく。本書は非常にわかりやすい。初版から今回の第4版の発

疫学がわかることの楽しさを 実感したい全ての方へ



行に至る20年間、おそらく読みやすさやわかりやすさを追求しながら著者は改訂を重ねられたのだと思う。本書を読まれる方には、ぜひ本文だけでなく(本文でも十分に勉強にはなるのだが)、欄外の注釈にも目を通すことをお勧めしたい。これを読むことで「原則=本文に関する筆者の考えや経験」を知ることができ、原則をより深く理解することができる。まずは原則を知りたいという方は、1回目は本文だけを読み、2回目には注釈も読む、という読み方もお勧めである。

本書の内容には過不足がない。初学者のためのオールインワンである。読み終わってから、興味のある疾患のリスクを評価した論文を1本読んでみることをお勧めしたい。これまでぼんやりとしか理解していなかった研究デザイン、指標の意味や解釈の仕方がクリアになったと感じるだろう。論文に対するツッコミどころも見えるはずである。

疫学が難しいと思うのは難しい本を読むからである。疫学がわかることの楽しさ、そしてその有難さを実感したい方には、ぜひ本書を手にとっていただければと思う。

本紙の人気連載が書籍化!

「型」が身につく カルテの書き方

佐藤健太

「基本の型」の部で、SOAP形式や問題リストなどのカルテ記載法のエッセンスを、「応用の型」の部では、外来・救急などセッティング別のカルテ記載法を習得できる。

●B5 頁140 2015年
定価:本体2,800円+税
[ISBN978-4-260-02106-7]

医学書院

MEDSiの新刊

アレルギー疾患学のスタンダード、初の日本語版!

全身的、包括的な管理・治療を目指して

パターンソン臨床アレルギー学

Patterson's Allergic Diseases, 8th Edition

- 訳:慶應アレルギーセンター
- 日本語版監修:福永興彦 慶應アレルギーセンターセンター長/慶應義塾大学医学部 内科学(呼吸器)教授
- 定価17,600円(本体16,000円+税10%)
- B5 ●頁1032 ●図162 ●2020年
- ISBN978-4-8157-0301-1

▶アレルギー疾患全般にわたり包括的かつ実践的に解説した定評あるロングセラー、初の日本語訳。近年の治療法の進展を踏まえ、免疫系や治療薬の作用機序など基礎知識から紐解き、疾患別に病理、診断、治療を詳述。全身的・各科横断的に診ることが求められるようになったアレルギー疾患を、専門医はもちろん、呼吸器科・小児科・皮膚科・耳鼻咽喉科・眼科・消化器科等各科医師が連携して治療する際に共有すべき知識を網羅。

目次

- I 免疫系:生物学的および臨床的観点
- II アレルギーと喘息における病因および環境要因
- III 検査と治療の原則
- IV アナフィラキシーとその他の過敏反応
- V 喘息
- VI その他の呼吸器免疫疾患
- VII 上気道疾患
- VIII 皮膚のアレルギー性疾患
- IX 薬理
- X 特殊な状況

医学書院

これで納得!多変量解析の決定版、待望の改訂

医学的研究のための多変量解析

標準一般化線形モデルから一般化推定方程式まで: 最適モデルの選択、構築、検証の実践ガイド

Multivariable Analysis: A Practical Guide for Clinicians and Public Health Researchers, 3rd Edition

▶ロングセラー「医学的研究のデザイン」のシリーズとして発売以来、長年にわたり使用され続けている定評ある教科書、12年ぶりの改訂。いかに適切な手法を選択し、解析を実践し、結果を解釈するか、数式は一切使わず具体例を示しつつ研究計画の流れに沿って明快、簡潔に解説する。改訂に際し、近年の進展著しい多変量モデルの新しい手法を追加。多変量解析に苦手意識を持つ臨床家、研究者、コメディカルの疑問や不安を解消する。

訳:木原正博 一般社団法人国際社会疫学研究所代表理事/京都大学名誉教授/前京都大学大学院医学研究科社会疫学分野教授
木原雅子 一般社団法人国際社会疫学研究所代表理事/京都大学教育研究推進センター特任教授/前京都大学大学院医学研究科社会疫学分野准教授

定価:本体4,100円+税
B5 頁256 図28 2020年
ISBN978-4-8157-0199-4

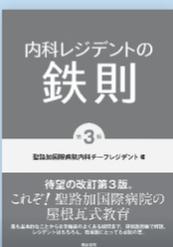
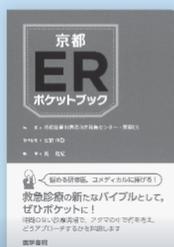
MEDSi メディカル・サイエンス・インターナショナル TEL.(03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

電子版 ありますよ。

医学書院のあの本、



新刊も、雑誌も、ベストセラーのあの本も!



詳しくは **医書ジーピー** の
WEBサイトへ (<https://store.isho.jp/>)

今なら全ページ『ちょっと立ち読み』できます! /

登録無料 現在約4,000点がラインナップ!



医書ジーピーは、医学書院を含む医学専門出版社の
書籍・雑誌の電子版を配信しています。

- 医書.jp 商品のご購入・ご利用にあたり、会員登録が必要です。
- 医書.jp 商品はWEBサイトまたはパートナー書店からご購入いただけます。
- 購入いただいた書籍・雑誌は、専用ビューアまたはWEBブラウザにて閲覧できます。
- 法人向けサービス「医書.jp オールアクセス」もごございます。
詳細はWEBサイトをご覧ください。▶ <https://www.isho.jp/serviceguide/>



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [WEBサイト] <http://www.igaku-shoin.co.jp>
[販売・PR部] TEL:03-3817-5650 FAX:03-3815-7804 E-mail:sd@igaku-shoin.co.jp